

Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

-----

## ĐƠN XÁC NHẬN

**Kính gửi:** UBND Phường/Xã/Văn phòng Công chứng.....

Công Ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ Chubb Việt Nam

Các Cơ sở Y tế, Cơ quan ban ngành, Đơn vị liên quan

Tôi tên: ..... Ngày sinh: .....

CCCD/Hộ chiếu số: ..... Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....

Địa chỉ thường trú: .....

với tư cách là:

Người thụ hưởng

Người được Bảo hiểm

..... của Người được Bảo hiểm

Người được Bảo hiểm: .....

CCCD/Hộ chiếu số: ..... Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....

Bằng Đơn xác nhận này, tôi đồng ý ủy quyền cho Công Ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ Chubb Việt Nam thay mặt tôi liên hệ với các Bệnh viện, Trung tâm/Cơ sở y tế, Bác sĩ, các công ty bảo hiểm, các cá nhân, tổ chức và cơ quan ban ngành có thẩm quyền để thu thập những thông tin, tài liệu có liên quan đến quá trình khám, điều trị bệnh, tổn thương, bệnh sử, hồ sơ tai nạn, thông tin nhân thân của Người được Bảo hiểm và các thông tin, tài liệu khác, nhằm phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm tại Công Ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ Chubb Việt Nam.

Tôi cam kết hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về việc này và không có bất kỳ khiếu nại gì về sau.

UBND Phường/Xã/Văn phòng Công chứng

..... Ngày ..... tháng ..... năm .....

chứng thực chữ ký của người lập

Người lập

(ký và ghi rõ họ tên)